

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 — N° 13

Contribution à l'Etude de
L'ÉPITHÉLIOMA TÉRÉBRANT
de la Mâchoire Supérieure

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement, le 21 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor-Robert-Annet VERDEAUX

Né à TARNAC (Corrèze), le 19 Mai 1882



LYON

IMPRIMERIE Joanny LORGE

21, Rue de la Quarantaine

—
1925

Contribution à l'Etude de
L'EPITHELIOMA TEREBRANT
de la Mâchoire Supérieure



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. BARD
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER
Clinique ophtalmologique	{	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et botanique		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie		BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie		LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON
Anatomie pathologique		COLLET
Chirurgie opératoire		X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		PAVIOT
Médecine légale		PATEL
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie		Etienne MARTIN
Pharmacologie		COURMONT (P.)
		PIC
		X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, Président ; TELLIER, Assesseur ;

MM. DUNET, et CHALIER A., Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 — N° 13

Contribution à l'Etude de

L'ÉPITHÉLIOMA TÉRÉBRANT

de la Mâchoire Supérieure



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement, le 21 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor-Robert-Annet VERDEAUX

Né à TARNAC (Corrèze), le 19 Mai 1882



LYON

IMPRIMERIE Joanny LORGE

21, Rue de la Quarantaine

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE :

MON GRAND-PÈRE, LE DOCTEUR ANNET VERDEAUX
DE MON PÈRE, LE DOCTEUR ERNEST VERDEAUX
DE MON ONCLE, LE DOCTEUR VICTOR VERDEAUX

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR AIMÉ VERDEAUX

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE, LE DOCTEUR JULIEN TELLIER

*Chargé de cours à la Faculté de Médecine
Stomatologiste de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui nous a dirigé par ses conseils
et donné des marques de sa bonté dans
de nombreuses circonstances. Ce tra-
vail lui est dédié en marque d'une
respectueuse affection et d'une pro-
fonde reconnaissance.

A MON VIEIL AMI, LÉON GRANIER

*Licencié ès-sciences
Professeur à l'Ecole de la Martinière*

En témoignage de ma fraternelle
sympathie et en reconnaissance du
temps qu'il a passé à nous diriger au
début de nos études,

A MES EXCELLENTS AMIS :

LE DOCTEUR GASPARD NAZ
Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon

ET J.-B. TAITHE
Pharmacien

Témoignage de la solide amitié et
du concours dévoué qu'ils n'ont cessé
de nous apporter.

A MM. VACHEY ET CREYSSSEL
Internes des Hôpitaux

En remerciement pour leur précieux
concours.

A MON PRÉSIDENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PATEL
*Professeur de Chirurgie opératoire à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui nous a inspiré ce travail et qui
a bien voulu nous faire l'honneur de
présider notre thèse.

A MES JUGES

INTRODUCTION

Parmi les cancers épithéliaux du maxillaire supérieur, il est une variété un peu particulière que Verneuil et Reclus ont tenté d'individualiser sous le nom d'épithélioma térébrant. Elle est caractérisée par son début profond, par sa tendance envahissante et destructive; dans une première phase latente, elle ronge les parties cachées du massif osseux maxillaire, si bien que lorsque se produisent ses premières manifestations cliniques, les lésions ont souvent déjà débordé les limites d'une intervention radicale. Plus tard, par les brèches énormes qu'elle parvient à créer dans le squelette facial, elle arrive à mettre à nu parfois le naso pharynx, l'orbite et même les méninges.

Depuis le travail de Reclus et la thèse de son élève Morel, cette forme a été peu étudiée; de loin en loin, quelques observations ont été publiées, mais en général les auteurs ont traité en bloc l'ensemble des épithéliomas des mâchoires. Il nous semble pourtant que l'épithélioma térébrant mérite de garder une certaine individualité ; et nous avons entrepris, ayant eu l'occasion de rencontrer dans le service de notre maître Monsieur le professeur Patel, quelques

observations typiques de cette variété de cancer maxillaire, d'en reprendre brièvement l'étude, à l'aide des documents que nous avons pu rassembler.

Nous ne prétendons nullement, dans ce travail, faire œuvre originale et découvrir à l'épithélioma térébrant de nouveaux caractères anatomiques ou cliniques. La question de son origine histologique reste obscure et controversée; il est probable que les tumeurs décrites sous ce nom, semblables par leur aspect clinique, ne répondent pas toutes au même point de départ histologique: nous aurons à discuter ce point de départ; notre seul but est de rassembler quelques observations typiques, dont la lecture puisse guider le chirurgien dans l'étude et la classification des tumeurs des mâchoires. Nous envisagerons donc successivement, après quelques mots d'historique, la description clinique, l'anatomie pathologique et la pathogénie, enfin les indications thérapeutiques de l'épithélioma térébrant.

Qu'il nous soit permis, en terminant ce bref avant-propos de remercier.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire de l'épithélioma térébrant date vraiment du travail de Reclus, écrit en 1876 sous l'inspiration de Verneuil. Avant lui, sans doute, les auteurs avaient noté le caractère destructeur de certains cancers des mâchoires. Jacquelin, notamment, dans sa thèse, en 1875, publie une observation que Reclus devait utiliser un an plus tard, et que nous reproduisons dans ce travail. Elle constitue évidemment une forme typique de cancer térébrant. Mais cet auteur confondait encore la forme térébrante avec les autres variétés de cancers des mâchoires, il ne sut pas dégager ses caractères particuliers, et dans son travail, comme dans les ouvrages classiques de date antérieure, l'épithélioma térébrant ne fut ni décrit ni nommé.

Au contraire, Reclus, par le travail qu'il publie en 1876, dans le *Progrès médical*, mérite de façon indéniable que son nom soit attaché à la forme térébrante de l'épithélioma maxillaire. Nous ne saurions mieux

faire que de rappeler ici, par quelques citations empruntées à cet article, en quels termes il la définissait.

« Parmi les nombreuses variétés de tumeurs épithé-
« liales, écrivait-il, qui ont le maxillaire pour siège,
« il en est une que les auteurs ne paraissent pas avoir
« décrite encore. Elle est caractérisée par une cavité
« profonde; creusée dans l'épaisseur de l'os et tapis-
« sée de bourgeons que l'examen histologique nous
« montre formés de globes épithéliaux. Un pareil si-
« lence ne s'explique guère, car cet épithélioma ne
« semble pas rare, et, bien que son attention ne soit
« attirée sur ce point que depuis un an à peine, Mon-
« sieur Verneuil, à qui nous devons l'idée de ce tra-
« vail, en a déjà rencontré deux cas. Dans les deux
« observations le mode de début est le même. Des
« douleurs surviennent, qui sont prises par le malade
« et le médecin par des névralgies dentaires. D'abord
« assez espacés les accès se multiplient bientôt; puis
« les dents se carient et s'ébranlent; elles tombent ou
« on les arrache, mais l'alvéole ne se cicatrise pas.
« Son périoste végété, devient fongueux et forme une
« cavité dont la surface est toujours baignée de liqui-
« de sanieux et de pus. Lorsqu'on écarte les bour-
« geons avec un stylet, du sang et du pus s'écoulent,
« et l'instrument pénètre dans une cavité qui mesu-
« rait dans nos deux cas, plus de quatre centimètres
« de profondeur... Aussi ce que le chirurgien peut voir
« de la tumeur ne saurait, tout d'abord, lui en révé-
« ler la gravité... Cette gravité nous semble exception-
« nelle: leur marche est en effet très rapide et la
« tumeur pousse ses prolongements dans toutes les

« directions. En moins de deux mois et demi, trois
« opérations furent pratiquées sur le premier de nos
« malades: les récidives étaient presque immédiates.
« Nous n'avons observé le second que quelques jours,
« et les ganglions de la région carotidienne se sont
« engorgés sous nos yeux. Nous n'avons pu assister
« au développement de la tumeur et la voir, comme
« dans le premier cas, franchir les limites de sa ca-
« vité primitive, soulever les téguments de la joue et
« se propager vers l'orbite et la base du crâne. »

Sans être absolument complète, cette description contenait déjà la plupart des caractéristiques de ce qu'on appelle l'épithélioma térébrant. Reclus devait, quelques années plus tard (1879) la reprendre dans la thèse de son élève Morel. Et dans son travail comme dans cette thèse, il cherchait à donner une individualité histologique au cancer térébrant: pour Verneuil et Reclus, ce cancer ne naît pas dans le sinus, mais a pour point de départ les débris épithéliaux paradentaires, vestiges du bourgeonnement des cordons des dents temporaires ou permanentes.

L'histoire des travaux sur le cancer térébrant du maxillaire supérieur se limite presque à ces travaux initiaux; forme désormais classée et acceptée par les traités classiques, on retrouve sa description dans presque tous les articles parus sur le cancer des maxillaires. Mais il ne semble pas qu'un auteur s'y soit spécialement intéressé. Tout au plus discute-t-on l'origine histologique du cancer; pour plusieurs auteurs il s'agirait en réalité de cancers à forme rongeante, mais à point de départ sinusal. C'est à cette interpré-

tation que se rallie Lemormand, dans son article d'un manuel classique. Mais la plupart des travaux consacrés aux tumeurs malignes du maxillaire supérieur laissent de côté le point de vue anatomo-clinique, pour se limiter à l'étude du traitement, et c'est ainsi que les articles ou thèses d'Arnal, Konig, Kalasal, etc. parlent à peine de l'épithélioma térébrant. De loin en loin, pourtant, dans les sociétés diverses, on présente une observation ou un malade répondant à la description de Reclus. Cet auteur lui-même en 1901, apporte à la Société de chirurgie de Paris une observation de cancer du maxillaire inférieur qu'il rapproche de l'épithélioma térébrant de la mâchoire supérieure. Et, depuis cette date nous n'avons trouvé aucun travail où la question soit particulièrement discutée. Les rapports consacrés à l'étude des cancers du sinus au congrès d'oto-rhino-laryngologie de 1907 n'y font même aucune allusion.

On voit donc qu'il n'est pas inutile de revenir un peu sur ce point particulier de l'étude des tumeurs malignes du maxillaire. Nous allons maintenant en aborder la description clinique.

CHAPITRE II

Etude Clinique de l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur

On ne peut pas, croyons-nous, en l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie des tumeurs malignes du maxillaire, faire de l'épithélioma térébrant une forme histologique spéciale, caractérisée par les tissus qui lui donnent naissance. Nous aurons plus loin à discuter son point de départ histologique, et nous verrons qu'on ne peut, avec certitude, le séparer à ce point de vue des cancers ordinaires du sinus. C'est donc avant tout son aspect et son évolution clinique qui lui donneront ses caractères particuliers, justifiant sa description dans un travail spécial. C'est pourquoi il nous paraît logique de commencer ce travail par l'étude symptomatologique.

I. — Sympnatologie.

L'épithélioma térébrant se rencontre dans les deux sexes avec une fréquence à peu près égale. Il débute en général, comme les autres cancers des mâchoires, à un âge assez avancé: toutes nos observations concernent des sujets âgés de plus de 50 ans. Par là, il s'oppose, en même temps que les autres épithéliomas de cet os, aux sarcomes, tumeurs des jeunes.

Le mode de début se fait de façon différente suivant le point du massif osseux maxillaire primitivement envahi par le cancer dans sa phase latente. Et d'emblée nous pourrions à ce point de vue distinguer deux formes cliniques, dont chacune est représentée parmi les observations que nous publions. Le plus souvent — et c'est ainsi que Reclus le décrivait dans son étude première — le cancer se manifeste d'abord par des symptômes douloureux à allure de névralgie dentaire. Ces douleurs peuvent être d'emblée très violentes, sous forme d'élancements survenant par accès, le jour comme la nuit, irradiés dans le corps du maxillaire, vers l'orbite, dans la direction du conduit auditif (obs. III, p. ex.). D'autres fois, elles sont plus atténuées et sont réveillées par la pression sur les dents, la mastication, etc., elles simulent absolument des douleurs de carie dentaire, (obs. VI) et presque toujours, dans cette forme, c'est un dentiste que les malades vont consulter. Celui-ci constate souvent alors que les dents, à ce niveau, sont ébranlées ou malades; elles tombent ou il les arrache, et dès lors,

l'épithélioma va se manifester de façon plus claire, entrant dans la phase d'état.

Dans d'autres cas au contraire (obs. IV, obs. V) le début se fait sans aucune manifestation dentaire; c'est d'emblée du côté de la joue, vers l'angle interne de l'œil, que l'attention est attirée dans cette *forme cutanée* de l'épithélioma térébrant. Le malade vient consulter pour quelques douleurs à ce niveau, et souvent on constate déjà une petite tumeur ulcérée ou une fistulette avec adhérences cutanées autour de l'orifice, lui-même déjà bourgeonnant et saignottant. On pense à une fistule d'origine banale, ou à un cancroïde cutané. Mais là, comme dans la forme dentaire, l'évolution et l'examen vont permettre de reconnaître la nature véritable de la lésion.

En effet, dans l'une comme dans l'autre variété, l'exploration va montrer le caractère essentiel de cet épithélioma à sa première phase : *la disproportion entre la gravité des lésions destructives et la bénignité apparente du symptôme* pour lequel le malade vient consulter. Au niveau des alvéoles deshabitées, la suppuration s'éternise, la cicatrisation ne tend nullement, à progresser: bien au contraire, une ulcération fongueuse l'envahit, elle suinte abondamment et saigne au moindre contact; ou bien au niveau de la face, l'ulcération cutanée s'étend, la joue devient asymétrique et douloureuse. On explore alors au stylet le trajet fistuleux créé par la lésion; et l'on constate avec surprise qu'il ne s'agit pas d'un simple trajet conduisant sur un os dénudé, mais que la pointe exploratrice se meut dans une cavité de plusieurs cen-

timètres de large; nulle part on ne sent la paroi osseuse; l'os semble rongé et tapissé d'une membrane bourgeonnante et fongueuse.

Devant la constatation de cette cavité, le doute n'est guère permis: nulle ostéopériostite, nulle lésion sinusienne inflammatoire ne saurait être aussi rapidement destructive. La *radiographie* d'ailleurs, lorsqu'on la fait faire, montre déjà la disparition complète de certaines parties squelettiques (obs. VI) en même temps que l'obscurité plus ou moins complète du sinus. Celle-ci peut être confirmée par le spécialiste, à l'aide de la *transillumination*. Enfin la biopsie, déjà faite par Reclus sur son premier malade vient affirmer de façon définitive le diagnostic de cancer. Elle montre le plus souvent un épithélioma à globes cornés, plus rarement un épithélioma cylindrique.

L'évolution est alors des plus intéressantes: l'état général jusqu'ici était intact, les symptômes fonctionnels, en dehors des douleurs parfois très vives, peu marqués, les lésions destructives peu apparentes. Mais dans sa marche tantôt très rapide (obs. III), tantôt plus lente et même très lente (obs. V), le cancer va manifester de plus en plus sa tendance à ronger l'os, à créer une énorme brèche faciale. Les signes fonctionnels s'accroissent, l'écoulement de liquide muco-purulent devient abondant, d'odeur infecte, il contient des détritits, des fongosités pariétales sphacélées, parfois il est sanglant et peut même s'accompagner d'hémorragie véritable. L'haleine devient fétide, le malade crache sans cesse du pus et du sang, au point de ne pouvoir dormir tellement les sécrétions abon-

dantes l'obligent à constamment les rejeter. L'anorexie s'installe, l'état général est alors atteint; mais parfois il reste remarquablement conservé avec des lésions formidables (obs. IV). Fait curieux, dans cette forme térébrante, on ne note guère de signes du côté du nez, comme dans les épithéliomas bourgeonnants du sinus. Il n'y a ni épistaxis, ni gêne respiratoire: le cancer térébrant semble respecter relativement les fosses nasales, il détruit plutôt l'orbite, la voûte palatine, la paroi superficielle de l'os.

Les signes physiques se sont alors complètement modifiés: l'étendue des lésions devient bientôt apparente à l'inspection, tantôt la joue est simplement bosselée, déformée, la peau adhérente et rouge, l'œil caché par l'œdème palpébral et le soulèvement du plancher de l'orbite: il faut alors ouvrir la bouche pour voir l'ulcération fongueuse qui a détruit le bord gingival et la voûte palatine. Tantôt, la peau est ulcérée largement, et l'aspect est celui d'un cancroïde rongeur de la face. L'angle interne de l'œil, la joue sont transformés alors en un cratère ulcéré, sous lequel l'os maxillaire est complètement détruit. On peut parfois, à travers l'énorme brèche créée par cet ulcère apercevoir le naso pharynx et le voile du palais. Les ganglions en même temps sont envahis: ils forment souvent une tumeur volumineuse, rouge, douloureuse, d'aspect phlegmoneux par infection secondaire, qui occupe l'angle postérieur du maxillaire et la région carotidienne. Ils peuvent parfois à leur tour s'ulcérer.

La palpation est à peine nécessaire: elle montre la consistance dure, le rebord cartonné, de la tumeur;

elle est souvent très douloureuse; par contre il est fréquent de noter l'anesthésie dans le domaine du sous orbitaire. Les ganglions sont perçus tantôt comme des noyaux durs et mobiles, plus souvent comme des masses inflammatoires parfois pseudo fluctuantes.

Il est facile de comprendre que parvenu à cette phase le cancer térébrant ne va pas tarder à provoquer l'issue fatale: celle-ci survient par les progrès de la cachexie, par l'inanition; plus souvent elle est hâtée par une complication telle qu'hémorragie abondante, broncho-pneumonie de déglutition ou méningite par extension du cancer à la base du crâne: certains malades sont morts seulement à la phase où le cerveau était mis à nu.

Le traitement ne saurait modifier beaucoup cette évolution terrifiante: en général, si l'extirpation a été possible, elle est demeurée incomplète; et la récurrence la suit de près. Souvent, il a été impossible de combler la brèche faciale créée par l'exérèse. Le cancer continue sa marche destructive, avant même que la plaie opératoire ait été cicatrisée parfois. Et la mort est fatale, dans un délai assez rapide, malgré les tentatives thérapeuthiques les plus hardies.

II. — Diagnostic.

Le diagnostic du cancer térébrant ne saurait exiger une longue étude: nous avons vu, par la description qui précède, que l'exploration au stylet, aidée au besoin de la radiographie, de la transillumination et surtout de la biopsie, ne pouvaient guère laisser de

doute sur la nature des lésions. Il suffira donc de faire correctement cette exploration pour éliminer dans les formes à début dentaire les *ostéopériostites* dues à l'infection des dents voisines et les *sinusites* de cause diverse. Dans les formes cutanées, l'exploration du squelette éliminera le *cancroïde des téguments*. Plus tard, à la phase d'état, le diagnostic ne se pose guère avec les autres tumeurs des mâchoires: les symptômes fonctionnels, la marche destructive, l'envahissement des parties molles, l'adénopathie font aussitôt rejeter le diagnostic de *lésion inflammatoire, tumeur à myeloplaxe*, ou *tumeur bénigne* telle que kyste multiloculaire ou épithéliome.

Seul, le diagnostic de *sarcome* est à discuter parfois: l'ulcération gingivale ou cutanée, la consistance, et surtout l'âge du sujet permettront en général la distinction des deux lésions. En cas de doute, la biopsie trancherait.

Nous ne reprendrons pas ici la description des caractères qui séparent le cancer térébrant des autres formes d'épithélioma maxillaire: nous avons insisté dès le début de ce travail sur ce point et il est facile de le distinguer d'un cancer à début gingival qui d'emblée donne des symptômes buccaux, alors que le massif osseux est encore intact, et du cancer ordinaire du sinus, dont le bourgeonnement emplit la cavité sinusale et vient faire saillie dans les fosses nasales, provoquant des épistaxis et des signes d'ordre respiratoire.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique et Pathogénie

supérieur est fort peu connue. Certains auteurs ont

L'étiologie de l'épithélioma térébrant du maxillaire invoqué la carie dentaire ou encore l'éruption difficile de la dent de sagesse. Quelle importance attacher à ces causes ? Sans vouloir résoudre cette question, nous ferons toutefois remarquer que le plus souvent on a observé des caries dentaires chez les malades porteurs d'épithélioma térébrant.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'épithélioma térébrant est évidemment de nature épithéliale, comme le démontrent les différents examens histologiques consignés dans les observations : en examinant soit des fongosités enlevées d'un coup de ciseau sur les bords de l'orifice fistuleux, soit des débris entraînés par le pus, on constate l'existence d'un épithélium lobulé et la présence de globes épidermiques.

Cette constatation histologique ne cadre pas très bien avec l'aspect clinique sous lequel se présente l'épithélioma térébrant tel que nous l'avons décrit. Tout en effet fait songer au premier abord à une tu-

meur ayant son origine dans le sinus: le siège au niveau de la mâchoire supérieure, l'existence d'une cavité profonde, dans laquelle on porte le stylet et qui simule à s'y méprendre l'intérieur du sinus sont certes bien en faveur de cette opinion.

Mais ainsi que le fait remarquer Reclus, on ne signale pas dans l'épithélioma térébrant d'épistaxis, d'écoulement par le nez de liquides sanio-purulents, pas de déformations des cornets et de la cloison qui apparaissent souvent assez rapidement dans l'épithélioma ayant son origine dans le sinus maxillaire. Enfin, et c'est là le meilleur argument qui plaide contre la théorie qui veut que le point de départ anatomique de l'épithélioma térébrant soit dans le sinus maxillaire, la muqueuse de l'antra d'Higmore est revêtue d'un épithélium cylindrique, tandis que l'examen histologique révèle dans l'épithélioma térébrant la présence de globes épidermiques et d'amas stratifiés qui naissent le plus souvent sur des muqueuses à épithélium parvimenteux. On ne peut donc pas dire, au point de vue anatomique, que l'épithélioma qui nous occupe ait son origine dans la cavité sinusale.

Quelle est donc la localisation anatomique primitive de ces tumeurs ? Deux théories ont tenté de la définir. Pour Magitot le point de départ de l'épithélioma térébrant pourrait être dans ce qu'il appelle les « kystes périostiques ». Ces kystes se développent le plus souvent entre les racines des dents. Ils sont appendus aux racines, présentent l'aspect de vésicules blanchâtres remplies de liquide et tapissées par un épithélium parvimenteux stratifié. Ils se formeraient

à la suite d'un traumatisme, d'une légère inflammation. Le périoste alvéolaire serait alors décollé; une exsudation se ferait entre lui et la racine de la dent. Il se formerait ainsi un kyste agrandi par la résorption progressive des os environnants et constitué par une poche membraneuse au milieu de laquelle pointerait la racine dénudée.

Cette théorie semble passible de graves objections. On trouve en effet des cas d'épithélioma térébrant dans lesquels les conditions étiologiques invoquées par Magitot ne sont pas retrouvées: il n'y a pas eu de traumatisme, ni la moindre trace d'inflammation. Et puis comment expliquer la naissance sur le périoste d'un épithélium stratifié qui se formerait ainsi de toutes pièces dans le cours d'une inflammation ? C'est un fait qui, s'il peut exister, constitue malgré tout une exception. Aussi est-il bien difficile d'accepter cette théorie de Magitot qui s'étaye, en définitive, sur des faits douteux et exceptionnels.

Verneuil et Reclus ont de leur côté proposé de rechercher dans la persistance d'un état embryonnaire l'origine de l'épithélioma térébrant.

Les travaux de Magitot et Legros « Sur l'origine et la formation du follicule dentaire » permettent d'établir cette théorie. Les tissus du maxillaire supérieur sont parcourus par des trainées épithéliales en plus ou moins grand nombre. Parfois elles s'anastomosent entre elles, formant ainsi un véritable réseau, parfois au contraire une portion semble s'être détaché d'une trainée voisine et se présente sous l'aspect d'un globe épidermique isolé. L'origine de ces trainées épithé-

liales est connue. La première ébauche des follicules dentaires apparaît formée par un cordon émanant de la couche épithéliale de la muqueuse gingivale.

Le cordon qui donne naissance aux follicules de la première dentition naît directement d'un prolongement de l'épithélium buccal. Le cordon des dents permanentes qui se substitue au précédent est un diverticule du cordon primitif.

Le cordon est invariablement épithélial; il se compose à son pourtour des éléments prismatiques de la couche de Malpighi et au centre de cellules épithéliales polyédriques. L'extrémité du cordon qui prend bientôt la forme d'un renflement en masse, constitue l'origine de l'émail du follicule futur. Lorsque le follicule dentaire se referme sur les éléments de la dent future qu'il entoure en entier, il rompt en un point le cordon qui soutient l'organe de l'émail; aussitôt ce cordon bourgeonne dans sa portion libre. Par le bourgeonnement de la partie libre du cordon s'expliquaient ainsi les traînées épithéliales du maxillaire. Ce bourgeonnement aurait lieu aussi bien pour le cordon des dents temporaires que pour celui des dents permanentes. Ces débris épithéliaux se résorbent d'une manière graduelle au moment de l'éruption de la dent; mais quelques vestiges peuvent persister, comme pour le testicule et l'ovaire persistent le corps de Giraldes et l'organe de Rosenmuller.

Ainsi donc dans le corps du maxillaire supérieur peuvent persister des débris embryonnaires de nature épithéliale. Et au lieu d'invoquer une inflammation hypothétique comme Magitot, il semble plus naturel

de supposer que les globes épidermiques d'origine embryonnaire végètent et envahissent les tissus ambiants. Les cylindres épithéliaux peuvent se dilater et se remplir de sérosité. Les kystes ainsi formés peuvent alors s'agrandir par résorption des parois osseuses. L'épithélium qui les tapisse peut végéter, comme il végète parfois dans les glandes sébacées et l'épithélioma cavitaire sera alors constitué.

En résumé, d'après Verneuil et Reclus, l'origine probable de l'épithélioma térébrant serait dans les kystes appendus aux racines des dents, kystes qui naîtraient de débris épithéliaux vestiges du bourgeonnement des dents temporaires et permanentes.

Cette dernière théorie paraît la plus séduisante. En effet, elle est la plus conforme aux lois de la pathologie générale. Il est fréquent de voir se produire des kystes aux dépens d'organes embryonnaires persistant au milieu de tissus adultes. Et d'autre part, au point de vue histologique, il est naturel de voir se développer des tumeurs épithéliales sur les parois de cavités kystiques. Et ainsi la théorie de Verneuil et Reclus cadre bien avec le résultat des examens anatomo-pathologiques de l'épithélioma térébrant qui ont toujours montré des amas épithéliaux contenant des globes épidermiques.

Aussi, si cliniquement l'épithélioma térébrant apparaît le plus souvent comme ayant débuté au niveau de sinus, il semble cependant que le point de départ anatomique doit être rattaché à des kystes appendus aux racines des dents et nés de débris épithéliaux embryonnaires.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I

(RECLUS, *Progrès Médical*, 1876)

Epithélioma cavitare du maxillaire supérieur. Date incertaine du début. Extraction de chicots anciens : écoulement immédiat d'une grande quantité de sang et persistance d'une ouverture par où suinte le pus d'une manière incessante. Existence d'une vaste cavité tapissée de bourgeons épithéliaux. Engorgement des ganglions carotidiens.



Homme âgé de 69 ans.

Vient consulter pour une ulcération du rebord alvéolaire

gauche, au niveau des trois grosses molaires. Cette ulcération détermine une abondante suppuration; aussi l'expuition doit-elle être continue; ce qui trouble le sommeil et souvent le rend impossible. Vers l'âge de 14 ans, le malade ressentit quelques accès de névralgie dentaire qui, depuis se sont reproduits souvent, les dents se sont cariées peu à peu. A la mâchoire supérieure, les altérations ont débuté, il y a dix ans, par les petites molaires droites; puis les grosses molaires gauches, celles que l'ulcération remplace maintenant, se sont prises à leur tour; leur couronne a disparu morceau par morceau et sur le pourtour de leurs débris s'était formé un bourrelet fongueux d'où s'écoulait dans la succion, pendant les efforts de toux et la mastication, une certaine quantité de sang; d'ailleurs, le malade souffrait fort peu; à peine éprouvait-il une sensation lente et sourde, mais peu d'élancements ou de vives indications; au demeurant, plutôt une gêne qu'une douleur aiguë.

Vers la fin de mars 1876, le malade se fit enlever les racines de trois grosses molaires perdues au milieu des bourgeons; l'extraction fut très douloureuse et s'accompagna d'une véritable hémorragie qui cessa bientôt, mais pour reparaitre, et pendant plusieurs jours l'écoulement fut presque continu. Peu à peu, il se modifia et devint franchement purulent. La bouche était le siège d'une saveur insupportable et l'haleine fétide au point de gêner le malade et ceux qui l'entouraient.

Lorsque trois mois plus tard, il se présenta à l'hôpital, on constata que les lésions étaient limitées au maxillaire supérieur. Une vaste ulcération occupe strictement la place des trois grosses molaires gauches. Elle est allongée suivant la direction de l'arcade dentaire et son diamètre antéro-postérieur mesure 45 millimètres, tandis que le transversal n'en a que 10 à 12 environ. Elle est excavée au centre, mais, au premier abord, on n'y soupçonne pas d'orifice; pour trouver l'ouverture, il faut avec un instrument mousse écarter les deux lèvres de l'ulcération dont l'une, l'externe, est à peine saillante et ne forme qu'un mince bourrelet déchiqueté dans le sillon gingivo-labial, tandis que l'interne est plus épaisse, mamelonnée et recouverte de bourgeons irréguliers. On reconnaît par cette simple exploration que l'ulcération n'est,

en définitive, que l'orifice fistuleux d'une cavité fort spacieuse et creusée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur. Cette cavité s'étend plus profondément en arrière où la sonde s'enfonce à plus de 4 centimètres. Le stylet ne donne nulle part la sensation d'une surface osseuse dénudée, mais bien celle d'une membrane irrégulière, fongueuse et mamelonnée comme l'orifice alvéolaire.

Le maxillaire supérieur aux dépens duquel est creusée cette cavité, ne semble pas déformé; à l'extérieur, on ne trouve point de saillie anormale. On ne constate rien de spécial du côté des fosses nasales et le malade n'a jamais mouché ni pus, ni sang. En revanche, l'écoulement par la bouche est à peu près continu; c'est un liquide brunâtre ou jaune mélangé de débris fétides : l'examen histologique y a nettement montré l'existence de globes épithéliaux caractéristiques.

L'existence d'une masse ganglionnaire en avant des vaisseaux carotidiens a empêché toute intervention. Et le malade est rentré chez lui avec un traitement purement palliatif.

OBSERVATION II

(Th. de JACQUELIN, Paris, 1875)

Epithélioma cavitare du maxillaire supérieur ayant débuté par des douleurs internes avec des exacerbations nocturnes. Profonde cavité creusée dans l'épaisseur du maxillaire et tapissée de bourgeons épithéliaux. Sur le rebord alvéolaire orifice fistuleux d'où s'écoule un liquide sanieux et du pus. Opérations multiples. Examen histologique démontrant l'existence de globes épidermiques. Récidives. Mort.

Femme âgée de 59 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 30 mars 1875.

On ne note aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel. Mariée : elle a eu 4 enfants, dont 3 sont morts à un âge peu avancé, tous scrofuleux.

Elle a toujours eu de très mauvaises dents, qui, dès l'âge de 20 ans, se gâtèrent et la firent souffrir continuellement et durent être arrachées. Il y a 4 ans, il ne lui restait plus que la dernière molaire gauche du maxillaire supérieur. Elle était gâtée et il s'était formé un abcès péri-dentaire; elle eut encore recours à un dentiste qui, après l'avoir examinée et opérée, lui parla d'affection cancéreuse; toujours en est-il que du pus continua à s'écouler de la gencive et que ce ne fut guère que six semaines après l'extraction de cette dernière dent qu'elle guérit.

Il y a deux ans, obligée de se faire remplacer la partie supérieure de son appareil dentaire, un dentiste lui appliqua une pièce qui la fit beaucoup souffrir; elle lui donnait des élancements dans toute la mâchoire supérieure, déterminant une irritation des gencives. Sa joue se tuméfiait. Malgré ces souffrances, elle garda l'appareil pendant trois mois. Depuis ce temps, elle a toujours souffert de la bouche.

Au mois de janvier, elle ressentit de vives douleurs, partant de la mâchoire supérieure gauche et s'irradiant vers la cavité orbitaire et le conduit auditif. Ces douleurs, plus vives la nuit que le jour l'empêchaient de dormir. Au mois de mars, en promenant sa langue sur le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure, elle s'aperçut qu'il existait à gauche et à la partie postérieure une certaine tuméfaction.

Elle entra à l'hôpital. On constate à gauche, au niveau de la première grosse molaire, un orifice étroit limité par un rebord fongueux et qui laisse pénétrer un stylet à une profondeur de 3 à 4 centimètres. On crut à une nécrose circonscrite du bord alvéolaire, et on voulut extraire le séquestre; mais au lieu alors de trouver une portion osseuse malade, le doigt pénétra dans une cavité anfractueuse, couverte de bourgeons charnus qui furent enlevés avec un instrument mousse. L'examen histologique montra alors qu'il s'agissait d'un épithélioma papillaire à éléments plus petits que ceux que l'on rencontre ordinairement. Plus tard, un autre examen sur une végétation récidivée, montra les mêmes amas épithéliaux contenant des globes épidermiques.

L'opération incomplète pratiquée par Verneuil n'apporta aucune modification à la marche de la tumeur. Par l'orifice

s'écoulait d'une manière continue une eau rousse, fétide, tenant quelques détritux en suspension : un liquide tantôt sanieux, tantôt purulent et toujours d'odeur repoussante; des végétations rouges, molles, peu saignantes se développent sur le pourtour de l'orifice fistuleux. Les douleurs sont toujours très vives, lancinantes. La joue est rouge, tuméfiée, soulevée par la tumeur; à son niveau, la moindre pression est douloureuse. Verneuil renouvelle la première opération; il met à nu la cavité et en rugine les parois recouvertes de bourgeons charnus exubérants. La paroi interne lui parut fort épaisse, aussi renonça-t-il à la première opinion, d'après laquelle cette cavité n'était autre que le sinus maxillaire.

Peu de jours après, la tumeur récidive avec plus de violence. Verneuil enlève alors la plus grande partie du maxillaire, mais sans pouvoir suivre la tumeur dans tous ses prolongements. La malade perdit beaucoup de sang et, en proie à des douleurs atroces, succombait le 16 juin, six mois après le début probable de son épithélioma.

OBSERVATION III (résumée)

(Th. de MOREL, Paris, 1879)

Epithélioma cavitaire ayant débuté par des douleurs internes avec exacerbations nocturnes. Profonde cavité creusée au sein du maxillaire supérieur et tapissée de bourgeons épithéliaux. Sur le rebord alvéolaire, orifice fistuleux d'où s'écoule un liquide sanieux et du pus. Au niveau de la partie moyenne de la joue, autre orifice fistuleux présentant les mêmes caractères. Examen histologique démontrant l'existence de globes épidermiques. Cachexie. Mort.

Femme de 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 20 novembre 1878.

Rien dans les antécédents.

Au commencement de mars 1878, apparition d'élancements

assez violents au niveau du maxillaire supérieur, du front et du conduit auditif externe du côté droit. Ces élancements très violents se faisaient sentir le jour et la nuit.

En même temps, la joue se gonflait. Au mois de juin, la malade se fait arracher trois dents molaires supérieures. Il y a six semaines, un petit abcès s'est montré au niveau de la joue et la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

En décembre, les douleurs lancinantes ont disparu, faisant place à une sensation de lourdeur et de constriction dans le côté droit de la tête, au niveau du maxillaire malade. La malade est fort incommodée par le rejet presque incessant de mucosités purulo-sanguinolentes qui s'écoulent dans la bouche. L'haleine est fétide.

A l'examen, au niveau de la partie moyenne de la joue, existe une petite ouverture fistuleuse, à fond déprimé et un peu bourgeonnant. En pénétrant par la fistule avec un stylet, l'instrument entre dans une cavité anfractueuse assez large où il se meut à l'aise : le stylet pénètre à une profondeur de plus de 3 centimètres. Les parois de la cavité donnaient la sensation d'une membrane bourgeonnante et fongueuse.

Il existe au niveau de la commissure droite de la lèvre une deuxième fistule, celle-ci saillante et bourgeonnante. Cette fistule est formée depuis sept ou huit jours seulement. Par son ouverture, on arrive jusque sur le maxillaire.

En faisant ouvrir la bouche au malade, on voit vers la partie moyenne et postérieure du rebord alvéolaire une ulcération à bords relevés et indurés, et à fond bourgeonnant, d'où il s'écoule du sang et des mucosités purulentes. En introduisant la sonde dans le fond de l'ulcération, on pénètre dans une cavité profonde.

L'examen histologique de fragments détachés du pourtour de l'ulcération gingivale montre que l'on a affaire à un épithélioma parvimenteux lobulé.

L'opération, vu l'envahissement des téguments de face, n'est pas jugée opportune.

Depuis l'époque du premier examen, les accidents sont allés en se prononçant de plus en plus; la tumeur a augmentée de volume, l'état général est devenu de plus en plus sérieux et la malade mourut peu de temps après.

OBSERVATION IV

(PATEL et PELLANDA, *Journal de Physiologie et de pathologie générale*, 1903)

Epithélioma térébrant du maxillaire supérieur à début clinique par lésions cutanées au niveau de l'angle interne de l'œil droit. Destruction progressive de tout le massif facial droit, rendant le naso-pharynx visible. Evolution lente ; aucune intervention possible. Mort.



Homme de 60 ans, chez lequel il apparut, il y a 5 ans, au niveau de l'angle interne de l'œil droit, une tumeur indo-

lore, saignant facilement, à extension rapide. Cette tumeur progressa, envahit et détruisit successivement l'œil droit, la paroi inférieure de l'orbite, la moitié des fosses nasales correspondante, le maxillaire supérieur droit, le molaire. Il n'y eut jamais de l'altération de l'état général et actuellement, la moitié droite de la face offre une vaste brèche dont les parois sont constituées: en dedans, par la cloison médiane des fosses nasales, en dehors par la surface végétante du néoplasme. Le fond de la brèche en entonnoir ainsi creusée répond à l'orifice postérieur droit des fosses nasales.

Ce malade servit à MM. Patel et Pellanda pour étudier la physiologie du voile du palais.

OBSERVATION V (*inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL)

Epithélioma térébrant à début clinique par névralgies dentaires et destruction du rebord alvéolaire et de la voûte palatine. Résection du maxillaire supérieur gauche sous anesthésie régionale. Récidive rapide, locale et ganglionnaire actuellement encore en évolution.

Femme âgée de 51 ans, entre salle Saint-Paul le 16 mars 1925; vient pour des douleurs au niveau de la moitié gauche du maxillaire supérieur apparues il y a près de 4 mois.

Rien à signaler dans les antécédents.

Le début de l'affection remonte à la fin de décembre 1924. A ce moment, la malade ressent quelques douleurs à type de névralgie dentaire : un dentiste consulté fait l'ablation de toutes les dents de la moitié gauche du maxillaire supérieur, ainsi que celles de la moitié droite. Mais ces avulsions dentaires n'amènent aucune sédation des douleurs. Peu de temps après, apparaissent dans les alvéoles de nombreux bourgeons

charnus, saignants, dont on fait la cautérisation. Devant l'alure anormale de cette prolifération, on envoie la malade en consultation à Lyon.

A l'entrée : douleurs peu violentes ; sensation de picotement, de corps étranger... *A l'examen* : le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur du côté gauche est le siège d'une prolifération charnue qui ne dépasse pas en avant la ligne médiane, mais qui se prolonge sous forme d'une infiltration nette sur la muqueuse jugale ; les bourgeons charnus, sphacéliques par place, s'étendent sur toute la largeur du rebord alvéolaire.

La pression au niveau du sinus est douloureuse. Il n'existe pas d'anesthésie cutanée. Il n'y a pas eu d'épistaxis.

On perçoit au niveau de l'angle maxillaire inférieur un petit ganglion dur mobile, roulant sous le doigt. Pas d'adénopathie perceptible le long de la chaîne carotidienne.

Il n'existe pas de température, pas de troubles digestifs, pas de signes pulmonaires.

Examen du sinus (P. Lannois) : sinus maxillaire gauche obscur, pas en totalité. Clarté normale des autres sinus.

Cliché radiographique : montre la destruction de la paroi inférieure du sinus, ainsi que de quelques travées osseuses.

25 mars 1925. *Intervention* (Prof. Patel) : Anesthésie régionale ; 30 cgr. de démocaïne. Injection dans la fosse ptérygo-maxillaire et dans le trou sous-orbitaire. On constate à l'injection que le liquide passe facilement dans la gorge, ce qui laisse supposer que le maxillaire supérieur est friable.

Incision de la résection du maxillaire supérieur (Procédé de Listow). Après la section du malaire, on constate que le maxillaire supérieur est friable. La section de la voûte palatine s'effectue facilement. Après l'ablation de l'os, l'hémorragie est presque nulle. On termine par un tamponnement et suture cutanée.

Point de pansement.

En somme : anesthésie régionale bonne,

Suites opératoires excellentes : La malade n'est nullement choqué par l'intervention, et dès le lendemain parle et s'alimente sans trop de difficulté. Après une légère poussée à 38°, la température est devenue normale au troisième jour. Légère réaction inflammatoire du côté de l'œil.

Cicatrisation rapide. Ablation des fils au sixième jour.

Examen histologique : Epithélioma du type ectodermique, à globes cornés.

Départ le 9 avril. La malade s'alimente facilement. La phonation est peu troublée. Léger abaissement du globe oculaire.

Le 17 juillet 1925 : Pendant un mois, cette malade alla tout à fait bien, quand, il y a deux mois environ, après quelques jours de vives douleurs, elle vit se produire au niveau du bord antérieur de son arcade zygomatique une petite fistule d'où s'écoula goutte à goutte une sérosité jaune claire. Depuis lors, les douleurs, plus intenses la nuit que le jour, n'ont pas cessé ; elles consistent en une sensation de bride ment, de constriction interne. La parole est difficile, car la malade ne peut que difficilement ouvrir la bouche. Déglutition normale ou presque. L'haleine est très fétide.

L'examen : montre la moitié supérieure gauche de la face fortement œdématiée : l'œil est rentré, de l'ulcération cutanée s'écoule du pus. L'angle du maxillaire inférieur est lui-même le siège d'un gonflement marqué.

On voit au niveau du rebord alvéolaire des bourgeons charnus, recouverts d'un pus verdâtre, ne dépassant pas la ligne médiane, mais infiltrant nettement la muqueuse jugale.

Adénopathie facilement perceptible le long de la chaîne carotidienne du côté gauche.

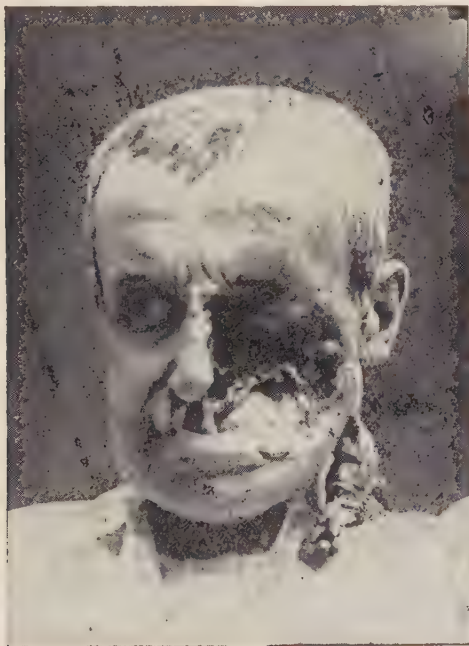
Le 17 juillet : on met un tube de radium qu'on laisse en place 24 heures.

Le 18 juillet : Ablation du tube de radium après 24 heures. La malade part chez elle.

OBSERVATION VI (*inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL)

Epithélioma térébrant à début clinique par adhérence et ulcération cutanée au niveau de la joue. Résection du maxillaire supérieur gauche. Généralisation cutanée ayant créé une vaste brèche dans le massif facial gauche. Décès.



J. N., âgé de 50 ans.

Vient à l'hôpital pour altération de la face.

L'affection a débuté il y a six ans par un petit bouton noir situé un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche. Le bouton provoquant des démangeaisons, le malade se gratta, le bouton saigna; il vint une croûte. Peu à peu, le mal se propagea plus bas sur la base du nez et l'arcade zygonéatique.

A l'entrée : on note sur la partie gauche de la joue, au-dessous de l'œil, une ulcération occupant l'espace compris entre la lèvre supérieure et l'œil gauche.

L'ulcération a les dimensions d'une pièce de 2 francs. La lèvre supérieure est altérée en haut. Cette ulcération est adhérente au plan osseux sous-jacent.

Le 12 juillet 1920 : Excision de tout le néoplasme qui envahit l'angle de l'œil et la narine gauche. Le sinus maxillaire est ouvert. Sa partie antérieure est réséquée : l'arcade zygomatique est enlevée de façon à assurer le jeu du lambeau.

Le 24 novembre 1920 : Taille d'un large lambeau au niveau du thorax qui est appliqué au niveau de la joue.

Le 2 décembre 1920 : on a enlevé le pansement, les points de suture, on constate que le lambeau vit bien. On refait un pansement.

Le 7 décembre 1920 : Ascension du lambeau qui remonte maintenant jusqu'à la moitié de la région cervicale.

Le 6 janvier 1921 : on remonte de 5 à 6 centimètres le lambeau, comme le blessé présente un épyloria rebelle on enlève l'unguis et l'os propre du nez.

Le 15 mars 1921 : 1. Ablation de la glande lacrymale;

2. Les lambeaux sont mobilisés à la périphérie, surtout du côté de la joue. On abat la saillie de l'os malaire pour gagner quelques centimètres. Suture de façon à diminuer la perte de substance;

3. Mobilisation du lambeau cervical qui servira dans une séance prochaine.

Le 25 avril 1921 : application du lambeau.

A partir de cette date, le malade se met à présenter des généralisations cutanées à marche rapide; une large brèche est constituée dans le massif facial gauche.

On fait une application de sodium.

Le malade meurt peu de temps après.



CHAPITRE V

Traitement de l'épithélioma térébrant des mâchoires

Les principes généraux du traitement de l'épithélioma térébrant ne diffèrent pas de ceux appliqués pour les autres cancers du maxillaire supérieur. Sa malignité très grande, l'étendue des lésions qu'il crée, exigent évidemment une thérapeutique aussi radicale et aussi précoce que possible, lorsqu'on a la chance de rencontrer la lésion à sa phase de début. Mais malheureusement, nous l'avons vu, c'est souvent à une période où déjà l'envahissement est très étendu que les premiers symptômes attirent l'attention du malade: c'est dire qu'alors les exérèses les plus larges et les plus mutilantes ne pourront avoir qu'une valeur palliative: aussi, souvent ce néoplasme relève-

ra-t-il des thérapeutiques physiques associées à l'action chirurgicale.

Ceci dit, nous pouvons envisager successivement :

1° Les méthodes thérapeuthiques ;

2° Les indications.

I. — Les Méthodes thérapeutiques.

En dehors des thérapeutiques purement palliatives et symptomatiques, qui seront souvent de mise devant les récidives ou l'étendue des lésions (morphine, curetage de bourgeons méoplasiques, etc.) on dispose, contre l'épithélioma térébrant, de méthodes d'action chirurgicale et d'agents physiques. Souvent les deux méthodes sont associées.

1° *Les agents physiques* utilisés sont la radiumthérapie, la radiothérapie, la fulguration.

La radiothérapie a été peu employée dans le cancer des mâchoires. Ses résultats y paraissent douteux. Au contraire, la radiumthérapie, sous la forme d'aiguilles piquées dans la tumeur, par la voûte palatine et par la peau, sous la forme de tubes placés dans la tumeur après évidement ou résection partielle, ou enfin, par application externe, au moyen de masques moulés contenant de très grosses doses de radium, a été très employée. On préconise actuellement les applications prolongées (6 et 8 jours), en combinant radium externe et radium interne, d'énormes doses, la peau et l'œil étant protégés par une filtration minutieuse des rayons. Il est difficile, à l'heure actuelle,

de se prononcer encore sur la valeur définitive de la méthode, les résultats étant peu éloignés.

A côté du radium et des rayons X, la *fulguration*, appliquée par Juge et Keating Hart, a donné quelquefois combinée l'intervention chirurgicale, des résultats intéressants. Ces deux auteurs publièrent en 1913, dans un énorme cancer inopérable du maxillaire gauche, une guérison définitive datant de plus de 4 ans. Antérieurement, ils avaient déjà publié plusieurs résultats des plus impressionnants, notamment deux observations d'épithélioma térébrant, communiqués au Congrès de Chirurgie en 1910. Depuis, cette méthode est un peu tombée dans l'oubli: elle reste digne d'être employée, comme complément de l'action chirurgicale.

2° *L'action chirurgicale* peut être employée seule, ou comme premier temps d'une application d'agents physiques. Elle porte sur la tumeur et, s'il y a lieu, sur les ganglions.

Nous n'insisterons pas sur l'exérèse ganglionnaire, nécessaire toutes les fois qu'il existe un doute sur l'envahissement lymphatique: il faut dire pourtant que en général, au stade où les ganglions du cou sont envahis, la tumeur est inopérable. En pratique, c'est donc sur la lésion locale qu'aura surtout à agir le chirurgien.

La résection du maxillaire supérieur est alors, comme dans toutes les tumeurs malignes du maxillaire la seule intervention à pratiquer: il faut rejeter, évidemment, les curettages, les évidements incomplets, qui ne sauraient être suffisants, même pour une lésion

vue à sa phase précoce. Mais la résection peut être totale, typique, ou partielle, respectant le plancher de l'orbite, dans les cas où celui-ci paraît sain: en général on pratique la résection totale, suivie au besoin d'autoplastie cutanée, si l'extension à la peau a obligé à créer une brèche dans les téguments de la face. La prothèse donne, ultérieurement, un résultat des plus satisfaisants au point de vue pratique et esthétique. Mais la résection partielle a vu ses partisans gagner du terrain au cours de ces dernières années, ils la préconisent comme premier temps d'une application curiethérapique. Nous verrons plus loin les indications respectives de ces deux méthodes.

Ajoutons enfin que certains cas pourront exiger une résection plus étendue encore que l'opération classique: l'envahissement de l'orbite peut obliger à l'énucléation de l'œil du côté atteint. Il a fallu parfois réséquer une grande partie des téguments de la face, et chercher la fermeture secondaire de la brèche par des greffes ou des autoplasties.

II. — Les Indications Thérapeutiques.

Les indications thérapeutiques dans l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur varient, suivant le moment où l'on est appelé à traiter cette tumeur si maligne, c'est-à-dire suivant l'envahissement plus ou moins prononcé des téguments et des régions voisines.

Le traitement de choix est évidemment la résection totale du maxillaire supérieur. Mais il y a des cas où elle ne pourra pas être pratiquée. Quand on se trouvera en présence d'un envahissement des téguments de la joue tel que ceux-ci soient complètement rongés, lorsque l'orbite, la fosse nasale, la voûte palatine sont eux-mêmes plus ou moins détruits, on ne songera pas à pratiquer une opération radicale. L'extension du néoplasme contre-indique, en effet, une intervention mutilante et exceptionnellement grave chez des sujets cachectisés par des hémorragies et des suppurations répétées. Il faudra alors avoir recours à d'autres moyens thérapeutiques. Ce seront de simples opérations de propreté, telles que le curettage des bourgeons néoplasiques, l'abrasion de parties sphacélées. On devra y joindre, outre l'action de la morphine, si elle est nécessaire, celle des agents physiques: des tubes de radium pourront être placés dans la tumeur, ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure. On pourra essayer aussi la fulguration. En somme, il faudra tenter tout ce que l'on peut pour essayer de retarder, si possible, la marche si rapide de ce néoplasme, et surtout pour soulager les derniers moments de ces malheureux malades.

Si l'épithélioma térébrant s'accompagne d'un gros envahissement ganglionnaire, il est certain aussi que l'on devra s'en tenir aux moyens thérapeutiques précédents. D'ailleurs le plus souvent, quand les ganglions sont ainsi pris en masse, la tumeur par elle-même est inopérable: l'excrèse ganglionnaire ne serait de mise que si l'on se trouvait à la place de début

de l'envahissement lymphatique et elle viendrait alors compléter la résection du maxillaire supérieur.

Les métastases, peu fréquentes, il est vrai, dans l'épithélioma térébrant, constituent bien entendu, une contre-indication formelle à toute action chirurgicale.

Si, au contraire, on se trouve en présence d'un épithélioma térébrant, qui n'apparaît pas, par des signes extérieurs nets, comme ceux dont nous venons de parler, vraiment inopérable, il faudra d'emblée se décider pour l'action chirurgicale. La résection totale classique pourra être pratiquée, suivie de prothèse plus ou moins tardive. La résection partielle, complétée par la curiethérapie, avec conservation du plancher de l'orbite, est dans certains cas assez employée à l'heure actuelle: on semble la réserver ou bien aux cas d'épithélioma térébrant tout à fait au début, où, le plancher de l'orbite étant certainement sain, il y a un grand intérêt d'ordre prothétique à le conserver; et l'application post-opératoire de radium donnerait des garanties au moins aussi grandes que celles de l'opération complète; ou bien à des cas qui dépassent légèrement, par leur extension, les limites de l'action chirurgicale pure; on prépare alors simplement, par une intervention incomplète, l'application de grosses doses de radium nécessaires pour obtenir un résultat de suffisante **durée**.

Les récidives après résection du maxillaire supérieur pour épithélioma térébrant, ne seront justifiables que d'opérations de propreté et relèveront surtout des traitements par les agents physiques.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, parmi les épithéliomas du maxillaire supérieur, une variété assez particulière, individualisée par Verneuil et Reclus sous le nom d'épithélioma térébrant et qui mérite par des caractères anatomo-cliniques et son évolution un peu spéciale d'être séparée des autres cancers de cet os.

II. — Cliniquement en effet, ce cancer est caractérisé par son début insidieux si bien qu'il se manifeste par des symptômes minimes alors que les lésions destructives sont déjà très étendues; ce symptôme de début est tantôt une fistule buccale, tantôt une adhérence ou une fistule cutanée, dont l'exploration révèle l'existence d'une vaste cavité tapissée de bourgeons déjà creusée dans l'os. L'évolution devient alors assez rapide, dépassant souvent, par son extension, les possibilités d'exérèse.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, ce cancer est un épithélioma à globes cornés le plus souvent. Il semble donc en raison de ce caractère histologique et de certains caractères cliniques, qu'il ne s'agit pas d'un cancer du sinus, mais d'un néoplasme développé dans l'épaisseur de l'os, aux dépens de débris

épithéliaux embryonnaires paradentaires. Mais cette théorie n'est pas exclusive, et certains cancers du sinus peuvent prendre le type térébrant.

IV. — Le traitement de ce cancer s'inspire des principes généraux du traitement des tumeurs malignes des maxillaires: il est chirurgical (résection typique du maxillaire) toutes les fois que l'étendue des lésions le permet. Mais dans de très nombreux cas, celle-ci est d'emblée telle qu'on devra associer à des interventions incomplètes l'action des agents physiques.

Vu :

LE DOYEN

LÉPINE

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PATEL

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur :

EHRHARD

BIBLIOGRAPHIE

ARNAL. — Les tumeurs du maxillaire supérieur. *Thèse de Paris*, 1880.

CALAZEL. — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs du maxillaire supérieur. *Thèse de Montpellier*, 1910-1911.

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, tome IV, Neidenreich.

J.-L. FAURE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1908, page 1179.

GUYON. — Article maxillaire. Dictionnaire Dechambre.

JACQUELIN. — Etude sur l'épithélioma des maxillaires. *Thèse de Paris*. 1875.

JUGE. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1908, 1909, 1910 et 1913, page 285. (De la chirurgie du cancer appuyée sur la fulguration.)

KONIG. — Cancer du maxillaire supérieur. *Presse médicale*, 1910, n° 30.

MAGITOT. — Mémoires sur les kystes des mâchoires. *Archives générales de médecine*, 1872-1873.

MAGITOT et LEGROS. — Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie de Robin*, 1873.

MOREL. — Contribution à l'étude des épithéliomas du maxillaire supérieur et en particulier de l'épithélioma térébrant. *Thèse de Paris*, 1879.

MORESTIN. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1908, page 1179.

NIMIER. — *In Traité de Chirurgie*, de Le Dentec et Delbet, tome V.

PATEL et PELLANDA. — *Journal de Physiologie et Pathologie générale*, 1903.

RECLUS. — De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. *Progrès médical*, 1876, pages 795 et 836.

RECLUS. — Epithélioma térébrant du maxillaire inférieur. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1901, page 386.

VERNEUIL. — *Journal des connaissances médicales*, 1883, page 234.

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION.....	7
II. — Historique.....	9
III. — Etude Clinique de l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur.....	13
A. Symptolalogie.....	14
B. Diagnostic.....	18
IV. — Anatomie Pathologique et Pathogénie.....	21
V. — Observation I.....	27
VI. — Observation II.....	29
VII. — Observation III.....	31
VIII. — Observation IV.....	33
IX. — Observation V.....	34
X. — Observation VI.....	37
XI. — Traitement de l'épithélioma térébrant des mâchoires	41
A. Les Méthodes Thérapeutiques.....	42
B. Les Indications Thérapeutiques.....	44
XII. — CONCLUSIONS.....	47
XIII. — BIBLIOGRAPHIE.....	49
